

**CERTIFICAT MEDICAL de l'ENFANT de 11 à 15 ans
de l'ATHLETISME en COMPETITION**

NOM :

Prénom :

Sexe : F M

Né (e) le :

Questionnaire à remplir par les parents de l'enfant AVANT la consultation médicale : à conserver par le MEDECIN

Spécialités athlétiques pratiquées :

Nombre d'heures totales pratiquées :

Blessures des deux sports confondus pratiquées par semaine :

Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche :

Médicaments pris ces dernières années :

Antécédents personnels médicaux :

Antécédents familiaux chirurgicaux :

Date de la dernière consultation chez le dentiste :

Nombre d'heures par semaine :

Composition du dernier petit déjeuner :

Composition du dernier repas de midi :

Composition du dernier repas du soir :

Quantité d'eau prise par jour :

Prise de compléments alimentaires ou vitamines ? Lesquels ?

Date de la dernière prise d'ampoule de vitamine D :

Examen à remplir par le médecin

Date :

Douleurs et localisations : Poids : Taille : IMC :

TA : Pouls :

Auscultation cardiaque : Auscultation pulmonaire :

Examen abdominal : Peau :

Examen du rachis : Distance main-sol :

Examen des 4 membres : Développement pubertaire (de Tanner) : Pied d'appel :

Palpation des points d'ossification secondaires : Acuité visuelle OD : Date du dernier vaccin DT Polio Coqueluche : OG :

Age des premières règles : Age des premières règles :

Découper et donner uniquement le certificat médical ci-dessous au club

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e) Docteur CAL

certifie que l'examen clinique

confirme l'absence de contre-indication à la pratique du sport ou de l'athlétisme EN COMPETITION.

Date :

Signature :

Cachet du médecin :